

## Prueba de Anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)

### Formulario de Consentimiento (OraQuick) (Prueba Confidencial Únicamente)

Cuando se está infectado con VIH, el cuerpo produce proteínas llamadas anticuerpos. Esta prueba está buscando estos anticuerpos. Esta no es una prueba para SIDA – solamente un médico puede hacer ese diagnóstico.

Entiendo que la prueba usa un dispositivo llamado OraQuick que se realizará usando una gota de sangre de mi dedo. La sangre se colocará luego en un frasco que contiene una solución que realizará realmente la prueba.

Entiendo que recibiré el resultado de una prueba hoy día.

Si recibo un resultado Negativo de la prueba, esto quiere decir que no estoy infectado con VIH en este momento. Sin embargo, ya que toma tiempo para que los anticuerpos se desarrollen, tendré que tomar otra prueba si he estado expuesto en los últimos 3 a 6 meses.

Si recibo el resultado Preliminar Positivo de una prueba, esto quiere decir que hay una posibilidad muy buena que estoy infectado con VIH. Esto también quiere decir que necesitaré que se me extraiga sangre de mi brazo para una prueba confirmatoria. Esta es la mejor manera de asegurar que la información que se me ha dado es exacta. En aproximadamente 2 a 3 días necesitaré regresar a la clínica para recibir el resultado de la prueba confirmatoria.

Entiendo que tendré la prueba confidencialmente, lo cual quiere decir que firmaré mi nombre y proporcionaré mi dirección y número telefónico en este formulario. Esta es la mejor manera para que yo entre al tratamiento, si es necesario, y para aprender sobre otros servicios. Es también una manera para que alguien se comunique conmigo si no regreso para recibir un resultado confirmatorio.

Ya sea que tenga la prueba confidencialmente o anónimamente, recibiré un número codificado. El número codificado se colocará en este formulario de consentimiento y en un frasco que contenga mi sangre. Si una prueba confirmatoria es necesaria, el mismo número codificado se colocará en un tubo de sangre y en el papel que se enviará al laboratorio. Todos los registros en esta clínica se mantienen en estado confidencial y se guardan bajo llave.

Entiendo que si recibo un resultado confirmatorio positivo de la prueba, éste se informará al Departamento de Salud y Servicios par Personas Mayores de New Jersey (New Jersey State Department of Health and Senior Services) como se requiere por ley. Cualquier otra divulgación de esta información requerirá mi consentimiento por escrito, una orden de corte, o una citación.

He leído o alguien me ha leído este formulario. Un consejero ha respondido a todas mis preguntas y he decidido tomar la prueba de VIH. Daré mi permiso para tomar la prueba firmando el formulario abajo.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Cliente o Custodio)

\_\_\_\_\_  
(Número Codificado)

\_\_\_\_\_  
(Dirección del Cliente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad y Estado)

\_\_\_\_\_  
(Número Telefónico)